FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932 — N° 168

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

GABRIEL LAUDE

Né le 19 Janvier 1905 à CAUDRY (Nord)

Contribution à l'étude des Torsions intravaginales du Testicule chez l'adulte

Président : Mr le Professeur LEJARS.

IMPRIMERIE MOUYSSET

145 *bis*, Rue d'Alésia, 145 *bis*

PARIS

1932

Contribution à l'étude des Torsions intravaginales du Testicule chez l'adulte

---

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

GABRIEL LAUDE

Né le 19 Janvier 1905 à CAUDRY (Nord)

Contribution à l'étude des Torsions intravaginales du Testicule chez l'adulte

---

Président : Mr le Professeur LEJARS.

IMPRIMERIE MOUYSSET

145 *bis*, Rue d'Alésia, 145 *bis*

PARIS

—

1932

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

LE DOYEN..... M. V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. CUNÉO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE. MULON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	*Neurologie et psychiâtrie.*
AUBERTIN	*Pathologie médicale.*
BÉNARD Henri..	*Pathologie médicale.*
BROCQ	*Pathologie chirurgicale.*
BRULÉ	*Pathologie médicale.*
BUSQUET	*Pharmacologie.*
CADENAT	*Pathologie chirurgicale.*
CATHALA	*Pathologie médicale*
CHABROL	*Pathologie médicale.*
CHAILLEY-BERT...	*Physiologie.*
CHEVALLIER	*Pathologie médicale.*
DOGNON	*Physique.*
DONZELOT	*Pathologie médicale.*
ECALLE	*Obstétrique.*
FEY	*Urologie.*
GASTINEL	*Bactériologie.*
GATELLIER	*Pathologie chirurgicale.*
DE GAUDART D'ALLAINES	*Pathologie chirurgicale.*
GIROUD	*Histologie.*
HARVIER	*Pathologie médicale.*
HAZARD	*Pharmacologie.*
HOVELACQUE	*Anatomie.*
HUGUENIN	*Pathologie médicale.*
HUTINEL	*Hygiène.*
JOANNON	*Parasitologie.*
LABBÉ (Henri)...	*Chimie biologique.*
LAROCHE (Guy).	*Pathologie médicale.*
LEVEUF	*Pathologie chirurgicale.*
LÉVY-VALENSI ...	*Neuro-psychiâtre.*
LIAN	*Pathologie médicale.*
MULON	*Histologie.*
MONDOR	*Pathologie chirurgicale.*
MOREAU	*Pathologie médicale*
MOULONGUET ...	*Pathologie chirurgicale.*
MOURE	*Pathologie chirurgicale.*
OBERLING	*Anatomie pathologique.*
OLIVIER	*Anatomie.*
PIÉDELIÈVRE	*Médecine légale.*
PORTES	*Obstétrique.*
QUÉNU	*Pathologie chirurgicale.*
RICHET	*Physiologie.*
SANNIÉ	*Chimie biologique.*
SÉZARY	*Dermatologie et syphiligraphie.*
VALLERY-RADOT.. (Pasteur)	*Pathologie médicale.*
VAUDESCAL	*Obstétrique.*
VELTER	*Ophtalmologie*
VERNE	*Histologie.*
VIGNES	*Obstétrique.*

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
Guéniot	Obstétrique.	Neveu-Lemaire	Parasitologie.
Lequeux	Obstétrique.	Retterer	Histologie.
Leroux	*Anatomie pathologique.*	Zimmern	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Abrami	Clinique médicale.	Mathieu	Clinique chirurgic.
Chiray	— id. —	Mocquot	— id. —
Debré	— id. —	Proust	— id. —
Duvoir	— id. —	Schwartz	— id. —
Basset	Clinique chirurgic.	Le Lorier	— id. —
Chevassu	— id. —	Lévy-Solal	Clinique obstétric.
Heitz-Boyer	— id. —	Metzger	— id. —

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. Mauclaire, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
Frey	Stomatologie.
Chaille-Bert	Education physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.
Weil-Hallé	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE, A MA SŒUR

que je veux réunir ici dans un même sentiment

d'immense affection et de tendre gratitude.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
qui voulut bien nous faire le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

A Monsieur le Professeur Agrégé CHEVASSU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

en remerciement pour l'aide précieuse qu'il nous a
prêtée dans l'élaboration de ce travail

A mes maîtres dans les Hôpitaux

STAGE :

M. le Professeur SERGENT
M. le Professeur HARTMANN } 1925-1926

EXTERNAT :

M. le Professeur LEJARS : 1926-1927

M. le Professeur agrégé BRULE : 1927-1928

M. le Professeur LEREBOULLET
M. le Professeur BRINDEAU } 1928-1929

M. le Docteur SENEQUE
M. le Docteur LAUBRY } 1929-1930

M. le Professeur agrégé MARION : 1930-1931

M. le Docteur LEVESQUE : 1931

A Monsieur le Docteur AMELINE
Chirurgien des Hôpitaux
en témoignage de notre affectueuse reconnaissance

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant et utile de recueillir quelques observations récentes de Torsion du Testicule chez l'adulte. Intéressant parce que certaines de ces observations nous permettront d'insister sur des formes un peu spéciales de cette affection. Utile parce que dans tous les cas le pronostic physiologique de la glande est en cause, et que seul un diagnostic d'intervention précocement posé permettra d'éviter l'atrophie ou la nécrose du testicule.

Anatomiquement il existe deux types de Torsion du cordon spermatique.

— La Torsion sus-vaginale.

— La Torsion intra-vaginale.

Le premier type correspond à la Torsion en bloc du Testicule, du cordon, du sac fibro-séreux qui les contient à l'intérieur de l'espace scrotal. On l'appelle encore d'un vieux mot peu adéquat à l'espèce humaine : le bistournage spontané. Cette forme est surtout l'apanage du testicule en ectopie. Elle est rare chez l'adulte.

La torsion intravaginale ou volvulus au contraire comme son nom l'indique, s'effectue à l'intérieur de la cavité vaginale, le testicule y étant anormalement libre et non fixé. C'est la forme de beaucoup la plus fréquente chez l'adulte, celle surtout que nous aurons en vue.

En résumé : dans le bistournage le testicule tourne avec sa loge. Dans le volvulus le testicule tourne dans sa loge.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs ont été amenés à décrire la Torsion du Testicule soit à propos d'accidents aigus ressemblant à un étranglement herniaire (Delasiauve 1840), soit parce qu'ils avaient eu l'attention attirée par l'atrophie testiculaire consécutive (Follin 1852). A l'étranger citons l'étude de Nicoladoni (1884), de Lauenstein qui en publie dix cas (1894).

Puis le volvulus du Testicule fut décrit par Mauclaire, Legeu, Lejars, Sébileau, Vauverts, Mouchet, Ombredanne.

En 1904, Lapointe en donne une monographie détaillée.

Ces dernières années enfin de nombreux cas ont pu en être rapportés par divers auteurs, tant en France qu'à l'étranger.

C'est sur ces travaux modernes que nous nous baserons pour mettre en valeur deux points importants de cette étude :

— La physiologie pathologique du volvulus,

— La symptomatologie des formes subaiguës.

ETIOLOGIE ET CAUSES DU VOLVULUS

Chez l'adulte la torsion du testicule est une affection rare. Elle frappe surtout les adultes jeunes, les adolescents. Certains auteurs ont noté sa fréquence chez les sujets présentant une ectopie testiculaire. Il est incontestable que l'ectopie est une cause favorisante de torsion du cordon spermatique, mais comme nous le verrons, l'ectopie ancienne peut passer inaperçue. Ce fait explique que d'autres auteurs considèrent le volvulus du testicule comme fréquent en dehors de l'ectopie.

Au point de vue mécanisme, nous envisagerons deux cas :

Le testicule est en ectopie.

Le testicule est en situation normale.

Si le testicule est en ectopie, la torsion s'explique facilement. Supposons une glande en ectopie inguinale. Elle est suspendue à son pédicule, contenue dans sa loge séreuse; aucune adhérence ne l'empêche de tourner. Il se produit alors une torsion sus-vaginale, d'ailleurs souvent elle est liée à l'apparition brusque du testicule dans les bourses.

Si le testicule est en situation normale, le mécanisme de la torsion est plus délicat à interpréter.

Chez le sujet normal, testicule et épididyme appendus à leur pédicule, le cordon, sont séparés de la fibreuse au niveau de leur face antérieure par la cavité virtuelle de la vaginale. Leur face postéro-inférieure au contraire ou hile de l'organe, est adhérente au plan fibreux du sac. C'est ce que l'on appelle le ligament scrotal. Dans ces conditions il est bien évident que le testicule ne pourra pas tourner. Pour que le volvulus puisse se produire, il faut que la glande jouisse d'une certaine mobilité dans la vaginale, que le ligament scrotal n'existe pas, qu'il soit remplacé par un véritable méso par affrontement des deux feuillets vaginaux derrière le testicule, ce méso pouvant être très étroit et constituer un méso suspenseur. On peut comparer cette pathogénie à ce qui se passe pour le volvulus du colon ilio pelvien : il a d'autant plus de tendance à se produire que le méso est plus long et que le pied en est plus étroit. Comment une telle disposition peut-elle se réaliser? Par une anomalie de la migration testiculaire. C'est une hypothèse embryologique qui satisfait pleinement l'esprit et nous ne pouvons mieux faire que de citer Lapointe qui écrit : «Lorsque le testicule n'a pas gagné le fond du serotum à l'époque habituelle, ou bien il y a simple ralentissement dans l'accomplissement des différents temps de la migration : celle-ci ne sera frappé d'anomalie que sous le rapport de la durée, ou bien au contraire les phénomènes normaux dont

la véritable nature ne nous importe pas ici, font défaut ou s'arrêtent dans leur évolution. Il n'y a plus de descente possible par le mécanisme ordinaire. Le testicule n'en a pas moins tendance à progresser quand même. L'effort abdominal, la poussée éventuelle d'une hernie concommitante, la contraction des parois musculaires de la loge inguinale, le poids même de l'organe comme aussi l'application d'un bandage... voilà les causes actives bien connues souvent associées et capables d'aider et de suppléer les agents physiologiques impuissants. Ainsi poussé le testicule peut achever sa migration sans perdre sa position rétroséreuse habituelle. Mais si le mésorchium primitif a persisté ou si seulement son déplissement normal est incomplet, le testicule qui descend allongera son méso, l'entraînera à sa suite dans l'intérieur même du processus péritonéo-vaginal dont il écartera devant lui les parois pour s'en constituer à la longue un pédicule suspenseur plus ou moins long et grêle...

L'ectopie, c'est-à-dire la position anormale du testicule et la pédiculisation représentent deux conséquences d'un même vice originel : l'insuffisance ou l'absence des agents normaux de la descente. Elles coexistent souvent, mais pas nécessairement. La descente survenue à la faveur de la pédiculisation n'a pas plus pour conséquence fatale un retard considérable dans la sortie du testicule que sa situation irrégulière. Le mécanisme anormal qui peut conduire la

glande jusqu'à sa dernière étape nous paraît aussi très capable de la faire sortir dans les premières années, dans les premiers mois et peut-être dans les premières semaines après la naissance. L'ectopie ancienne devient ainsi bien fugitive. A vrai dire elle n'a jamais existé, dans certains cas, s'il faut pour la caractériser un retard toujours nettement appréciable. Nous ne serons donc pas surpris si les malades atteints du volvulus intra-scrotal nient de très bonne foi toute anomalie de position ou tout retard antérieur dans la descente de leurs testicules. »

En conséquence retenons comme cause prédisposante mais nécessaire du volvulus intrascrotal la pédiculisation du testicule qui est mobile dans la vaginale comme le cœur dans la cavité péricardique.

D'autres causes ont été invoquées :

Vaginale se réfléchissant anormalement haut;

Bifidité du cordon;

Aplatissement discoïde du testicule.

L'inversion testiculaire surtout coexiste dans plusieurs cas avec le volvulus. Comme le dit Nora à propos de l'observation que nous citons : « Cette inversion est souvent rencontrée, elle est primitive et contemporaine de la malformation ayant permis à la torsion de se faire. »

Quand aux causes déterminantes de l'affection, elles sont variables.

Rarement il s'agit d'un traumatisme direct, plus souvent c'est un faux mouvement : l'action de croiser les jambes a pu déterminer un volvulus. Il faut retenir surtout la contraction musculaire, contraction du crémaster (consciente ou inconsciente) qui serait susceptible non seulement de faire remonter le testicule, mais encore d'amorcer un mouvement de torsion.

Parfois enfin le volvulus apparaît spontanément sans que l'on puisse relever aucune cause apparente.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Que se passe-t-il dans la vascularisation du testicule en cas de torsion du cordon?

Deux cas peuvent être envisagés. Tantôt seules les veines du pédicule sont obstruées, et l'artère reste perméable étant donné sa tunique musculaire. Tantôt veines et artères sont obstruées, la torsion étant particulièrement serrée.

Dans les deux cas le testicule est voué à la mort, mais l'aspect anatomopathologique est différent, comme l'a bien montré M. le Professeur Chevassu :

Si les veines seules sont obstruées, la circulation de retour ne pouvant plus s'effectuer, le testicule est infiltré de sang bleuâtre : c'est l'infarctus hémorragique.

Si les veines et les artères sont obstruées il y a en même temps ischiémie, le testicule est livide, bientôt couleur feuille morte, complètement exsangue.

Dans les deux cas d'ailleurs les lésions évoluent très rapidement. Sur un chien, Nash a déterminé une atrophie testiculaire par une torsion qui n'a duré que

cinq quarts d'heure. C'est dire que si l'on veut sauver la glande, il faut opérer le plus tôt possible même si la torsion n'est pas très serrée.

La détorsion précoce est facile. Le testicule reprend sa vitalité, au moins il semble la reprendre. Dans certains cas il est indéniable qu'il ne s'élimine pas, ni ne s'atrophie. Cependant il est infiniment probable qu'il garde quelques noyaux témoins des foyers d'infarctus.

S'il n'y a pas de détorsion, le testicule meurt. Malgré les adhérences qui se font avec les plans superficiels, la circulation collatérale n'irrigue guère qu'une faible partie de la corticalité. Et l'on peut dire que pratiquement l'artère spermatique est terminale.

L'évolution peut se faire vers la nécrobiose aseptique et atrophie consécutive. Mais la carapace déterminée par la réaction inflammatoire lors de la torsion peut ne pas régresser et donner absolument le tableau d'une hématocèle ancienne. C'est une évolution anatomique qui doit être bien connue, car elle n'est pas rare dans les formes subaiguës du vovulus.

Enfin, autre éventualité, c'est la supuration pure et simple du testicule frappé d'infarctus, avec élimination des tubes et véritablement fonte de la glande.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il faut insister sur les lésions non seulement du testicule, mais surtout de ses enveloppes au cours du volvulus. Elles sont en effet un peu spéciales et doivent être reconnues en clinique.

La bourse malade a un aspect inflammatoire qui pourrait induire en erreur. Elle est en effet le siège d'une réaction œdémateuse avec infiltration.

La vaginale, de teinte ecchymotique présente un exsudat fibrineux noirâtre, voire même du sang pur dans quelques cas.

Mais dans les formes subaiguës il existe au bout de quelque temps (et ces formes sont malheureusement souvent vues tard), une adhérence des enveloppes testiculaires avec infiltration constituant une coque, une carapace englobant le testicule, l'épididyme et la portion tordue du cordon.

On conçoit les difficultés cliniques qui se posent en face de ces aspects anatomiques...

Quand aux lésions épididymo-testiculaires, elles sont différentes comme nous l'avons vu, suivant que la torsion n'oblitère que les veines ou qu'elle a touché veines et artères.

Dans le premier cas, la masse épididymo-testiculaire est congestionnée, bleuâtre, avec augmentation de volume, surtout au niveau de l'épididyme qui est rouge, violacé. Le bloc épididymo-testiculaire pouvant ressembler à une anse intestinale étranglée sur le point de se sphacéler.

Il existe parfois des éraillures au niveau de l'albuginée. La coupe du parenchyme noble montre une infiltration sanguine généralisée avec gros foyers apoplectiques. Les tubes sont détruits, refoulés, dégénérés, privés d'épithélium. Les cellules intersticielles ont disparu. (Lecène.)

Dans le deuxième cas, le testicule est ischiémique, livide, couleur feuille morte et ne saignant pas sous le bistouri. Mais ici encore l'examen microscopique montre que les tubes séminipares ne contiennent plus aucun élément vivant. La torsion elle-même est souvent difficile à mettre en évidence dans les formes déjà un peu anciennes, elle est en effet cachée dans la coque vaginale et il faut décoller celle-ci, la réséquer pour apercevoir le cordon épaissi, brunâtre, tordu juste au-dessus du pôle supérieur du testicule.

La glande est tordue d'un ou plusieurs tours, le plus souvent dans le sens des aiguilles d'une montre. Si la torsion est d'un tour complet, le testicule est coiffé en arrière de l'épididyme comme normalement; s'il y a un demi-tour ou un tour et demi, le testicule paraît en inversion, ce qui est d'ailleurs difficile à apprécier cliniquement.

ETUDE CLINIQUE

Les observations qui suivent nous permettent d'envisager une symptologie plus complexe du volvulus testiculaire que ne le faisaient les classiques. En cela d'ailleurs nous ne faisons que suivre la tendance des dernières publications et en particulier de celles de Pérard et Arviset à propos de l'observation (obs. n° 2) rapportée ici même.

Avec ces auteurs nous envisagerons trois tableaux cliniques de la torsion du cordon :

La forme suraiguë classique,

La forme subaiguë,

La forme à poussées successives.

FORME SURAIGUE

C'est la forme classique, la mieux connue, magistralement décrite par Sébileau et Descomps.

Presque toujours le début est soudain, le premier signe étant une violente douleur souvent syncopale dans la région inguino-scrotale, avec irradiations vers les lombes et la fosse iliaque. La brusquerie d'apparition de la douleur et son intensité sont des signes d'importance capitale pour caractériser le début de la torsion. Très vite deux ordres de signes sont apparus :

Des signes locaux,

Des signes réflexes.

Signes locaux.

Le testicule, l'épididyme et le cordon gonflent. La vaginale est distendue — mais pas toujours — par un épanchement. Les téguments sont soulevés par une tuméfaction douloureuse, tendue, élastique, rénitente, mate et irréductible. La tuméfaction par suite d'une réaction œdémateuse intense affecte en général au bout de quelques heures un aspect franchement phlegmoneux ; le scrotum devient rouge, le tissu cellulaire s'infiltre, la peau s'indure en un plastron adhérent. C'est dire qu'il est impossible dans la majorité des cas de pincer la vaginale et de rechercher la situation respective de l'épididyme et du testicule. Le cordon est aussi augmenté de volume; quand on le palpe on arrive rarement à en isoler le déférend qui est pourtant intact.

Signes réflexes.

Ce sont des symptômes résultant de la torsion des nerfs du plexus spermatique et de l'irritation consécutive du sympathique abdominal.

Le faciès est pâle, grippé, le pouls, petit est fréquent, il y a des nausées, des vomissements, de la cons-

tipation, voire même un arrêt passager des gaz avec ballonnement abdominal. D'autres fois le ventre se rétracte la cuisse se fléchit, les muscles de la paroi se tendent sous les doigts explorateurs. Ces symptômes réflexes peuvent varier suivant le degré de torsion, comme suivant la susceptibilité du sujet.

Bref, le tableau clinique est suffisamment impressionnant en général pour imposer sans discussion l'intervention chirurgicale. Au moment où l'on intervient, la vitalité du testicule est presque toujours compromise au point d'exiger la castration. Dans cette forme les lésions évoluent très vite. Certains chirurgiens conservateurs — et il est logique de tenter de l'être — se sont contentés de détordre, fixer, fermer. Presque tous ont constaté une désunion secondaire et élimination partielle ou totale de la glande. C'est dire que seule l'intervention immédiate permettra d'améliorer le pronostic de cette forme suraiguë.

Forme subaigue.

C'est, avant tout, une forme à signes physiques (Pérard).

Ici en effet le début ne s'accompagne pas de phénomènes bruyants : la douleur spontanée est modérée, il n'y a pas de vomissement, pas de réaction abdominale, aucun des phénomènes qui tiennent une part si

grande dans la forme classique. Ce qui explique que cette forme subaiguë a été très longtemps méconnue.

La torsion elle-même a passé inaperçue. On ne voit le malade qu'à la période ou l'infarctus testiculaire est constitué. Les douleurs ne sont pas très vives, le faciès est bon. Il y a pourtant dans certains cas un peu de fièvre.

Localement la bourse est très augmentée de volume, doublée, triplée, elle a ici encore un aspect inflammatoire : elle est tuméfiée, rouge, chaude, enfin elle est douloureuse. A la palpation la peau semble adhérer aux plans sous-jacents la pression du doigt dénote l'existence d'œdème. Il est très difficile dans ces conditions de palper le testicule, l'épididyme et le cordon. Suivant les cas, cet examen donne des résultats différents :

Tantôt on n'individualise aucun de ces organes, on est en présence d'une véritable coque vaginale, peu douloureuse, de consistance variable suivant les points. La tumeur par ailleurs n'est pas translucide. On poserait volontiers le diagnostic de pachyvaginalite, d'hématocèle, de tumeur du testicule. Le tableau clinique est fréquent et le Pr. Chevassu a insisté sur ce fait que de nombreux cas étiquetés hématocèle, seraient des torsions méconnues et vue tradivement. Cet auteur insiste sur deux signes à rechercher : d'une part la souplesse parfaite du cordon dans sa portion percep-

tible (la portion tordue proprement dite étant englobée dans la coque), d'autre part le raccourcissement du cordon du côté atteint.

Tantôt on est plutôt orienté vers l'idée d'une forme massive de tuberculose : la palpation fait sentir un bloc de consistance inégale, il est difficile de reconnaître le testicule de l'épididyme, le cordon est épaissi. Mais la douleur est plus vive au niveau de la partie supérieure de la masse, ce qui contraste avec l'idée d'une orchi-épididymite bacillaire.

Mais surtout ce qui importe, c'est l'absence de lésions associées, et ce fait doit éveiller l'attention. Le malade ne présente aucun écoulement, il nie toute atteinte blennorrhagique ou spécifique. Le toucher rectal ne montre rien du côté de la prostate, ni du côté des vésicules séminales. L'urine est claire, il n'y a aucune lésion bacillaire dans les antécédents du sujet.

Quand à l'évolution, elle est elle-même assez spéciale et réalise comme l'a dit le Pr. Chevassu, une orchite à progressive atténuation. Cette forme en effet n'a aucune tendance à la suppuration. La tuméfaction peu à peu diminue, la glande s'atrophie, et il ne reste qu'un noyau fibreux adhérent.

Ce n'est parfois qu'à ce moment que l'on voit le malade, les accidents précédents ayant été rapportés à une cause banale et ayant été traités comme tels. Lorsqu'on se trouve en présence d'une atrophie testi-

culaire chez un sujet jeune n'ayant pas présenté d'infection ourlienne, on peut faire bien souvent le diagnostic de torsion : diagnostic hélas rétrospectif et qui ne sera suivi d'aucune sanction opératoire effective.

On voit donc les tableaux divers que peut réaliser la torsion subaiguë et combien il est difficile de les reconnaitre en présence d'un syndrôme d'orchite atypique et sans cause apparente. L'interrogatoire précis du sujet, la recherche des conditions d'apparition ne seront jamais négligés. Comme dans un cas que nous rapportons (obs. 6), l'interrogatoire rétrospectif permettra parfois de faire préciser le début brutal à l'occasion d'un faux mouvement.

FORMES A POUSSÉES SUCCESSIVES

On les appelle encore formes récidivantes.

Les observations qui suivent montrent que chez plusieurs malades le volvulus du testicule avait été précédé d'un ou plusieurs accidents caractérisés par des douleurs violentes si spéciales à la glande génitale, un gonflement passager. Sous l'influence du repos, la réduction se faisait spontanément.

Ces formes récidivantes sont passées sous silence par les auteurs classiques, elles sont néanmoins assez souvent rencontrées.

Van der Poel semble être le premier à avoir publié un cas de torsion récidivante du testicule. Iselin (Soc. Fr. d'Urologie, 8 déc. 1924) cite l'observation d'un malade dont la torsion récidivait toutes les fois qu'il croisait les jambes. Le malade de Nora (obs. 4) était coutumier du fait : « Il connaissait par expérience le geste heureux qui l'empêchait de souffrir, il réduisait la torsion comme on réduit une hernie. »

Ce sont là des torsions incomplètes, des ébauches de volvulus qui se reproduisent à intervalles plus ou moins espacés. Certaines circonstances les favorisent: croisement des jambes, position assise, effort de vomissement.

L'évolution des torsions incomplètes est des plus variable. Leur pronostic est relativement bien meilleur que celui des formes aiguës ou subaiguës où la vitalité du testicule est en cause. Certains malades font un ou plusieurs accidents de cet ordre sans qu'il en résulte aucun dommage pour le testicule. Mais d'autre part nous rapportons plusieurs observations où les ébauches de torsion se sont terminées par un volvulus complet, irréductible et nécessitant une intervention chirurgicale sous peine de voir la glande se nécroser ou s'atrophier.

En fait, de tels accidents sont en quelque sorte des symptômes d'alarme, ils indiquent que le testicule est anormalement libre dans la cavité vaginale. Ils doivent

être reconnus, ils doivent être opérés, et en effet une orchidopexie (intervention simple) mettra le malade à l'abri d'une torsion complète dont le pronostic est si sombre quand à l'avenir de la glande.

DIAGNOSTIC

Les diagnostic de torsion du cordon n'a toute sa valeur que s'il est précoce. On n'est en droit d'espérer de bons résultats de l'intervention que si elle est immédiate.

Or le volvulus du testicule est difficile à reconnaître, et nous avons suffisamment montré les diverses formes qu'il pouvait revêtir. On ne pense pas toujours à cette affection parce qu'elle a une fausse réputation de rareté, parce que l'on a trop présent à l'esprit le schéma classique qui en fait un accident à grand fracas. En fait ce qu'il importe, c'est non pas tant de faire un diagnostic certain de volvulus, mais de savoir être interventionniste en présence de certains syndrômes testiculaires.

Pratiquement ce diagnostic est très difficile à faire.

Les formes suraiguës peuvent prêter à confusion avec l'étranglement herniaire, étant donné les symptômes réflexes qui les accompagnent (vomissements,

constipation, défense musculaire). L'examen local attentif permet le plus souvent d'éliminer cette affection. D'ailleurs l'erreur n'est pas grande, puisqu'elle conduit à l'intervention.

S'il y a eu un traumatisme, un effort, la question délicate des orchites traumatiques se pose. C'était autrefois un diagnostic courant. Mais sous cette terminologie assez vague, il faut ranger semble-t-il, des lésions extrêmement diverses.

Il peut s'agir d'un hématome de la vaginale ou de la fibreuse (obs. 11). La symptômatologie est bien proche de celle du volvulus, seule l'intervention peut trancher la question et ce n'est pas une faute ici encore d'intervenir afin de mettre toutes les chances de son côté. Car en effet il peut s'agir aussi de torsion du testicule et le Pr. Ombredanne fait remarquer « qu'il ne peut refuser à cet accident la dénomination clinique d'orchite puisqu'il y a rubor, calor, dolor et tumor. »

Les formes subaiguës sont encore plus difficiles à reconnaitre. On n'est appelé à les voir que tardivement. Leur mode de début n'a pas attiré l'attention du malade. L'absence de tout cortège infectieux fait éliminer la maladie ourlienne. On pense à l'épididymite blennorrhagique, mais il n'y a aucun antécédent gonococcique, l'urèthre est sain, l'épreuve des trois verres est négative. On a surtout confondu ces formes avec la tuberculose, mais il n'y a pas de lésion prostato-vésiculaires, le déférent est intact.

Les signes physiques surtout prêtent à erreur. La consistance de la masse est variable. Tantôt on arrive à différencier la tête de l'épididyme au milieu d'un bloc gros et douloureux. La douleur à la pression est d'ailleurs ordinairement plus nette au niveau du pôle supérieur. Il y a là un contraste avec la tuberculose ou les lésions siègent plutôt à la queue de l'épididyme. Tantôt le scrotum adhère à une véritable coque de consistance variable parfois lisse et régulière, parfois inégale avec des points rénitents et d'autres points fluctuants. L'opacité est absolue. Et ici le diagnostic est difficile avec une hématocèle ancienne, une pachyvaginalite, un cancer du testicule. De nombreux malades ayant un volvulus ont été envoyés avec de tels diagnostics dans les services de chirurgie. Même à l'intervention le diagnostic n'est pas si aisé. Après incision de la peau, de la vaginale, épaissie, adhérente, encombrée des débris fibrineux, on tombe sur un testicule mort. Il faut disséquer très haut les adhérences du testicule et de la vaginale pour arriver à la portion tordue du cordon. (Obs. 1.)

Dans ces formes subaigues la torsion de l'hydatide de Morgagni ou d'autres débris Wolfiens serait d'un diagnostic extrêmement délicat si ces torsions n'étaient que très exceptionnelles chez l'adulte.

On est appelé à poser le diagnostic de forme récidivante dans deux conditions, écrit Nora à propos de

l'observation rapportée ici même (obs. 4) : « Pendant la crise il est facilité par la relation des accidents antérieurs spontanément résolus ou réduits par le malade, le diagnostic ne peut hésiter. En dehors de la crise c'est sur l'anamnèse encore qu'il se basera car on ne s'attardera pas à des interprétations fantaisistes du type névralgies testiculaires, varicocèle, irradiations douloureuses d'affections rénales. En cas de doute une incision exploratrice sous anesthésie locale permettra de vérifier l'état du cordon et de sauver, le cas échéant, le testicule. »

En résumé :

Dans la forme suraiguë on se souviendra que « la brusquerie du début n'existe à ce degré dans aucune autre affection testiculaire » (Lapointe).

Dans la forme subaigue on peut dire que : « Quand un syndrôme de ce genre se rencontre chez un sujet indemme de toute manifestation urinaire, de toute lésion urétro prostatique et de toute infection générale, la torsion est très probable » (Chevassu).

Dans les formes à répétition lorsque les cirses sont assez nettes, il paraît logique par une intervention exploratrice d'aller vérifier l'état du cordon sans attendre le signe caractéristique qui n'aurait plus qu'un intérêt diagnostic rétrospectif : l'atrophie.

TRAITEMENT

La torsion du testicule relève de l'intervention chirurgicale. L'abstention (réduction par manœuvres externes, petits moyens médicaux) doit être rigoureusement proscrite. On ne doit pas compter sur la détorsion spontanée. L'intervention chirurgicale doit être faite d'urgence. « L'avenir de la glande testiculaire est fonction de la précocité de l'intervention » (Ombredanne).

Elle doit viser surtout à être conservatrice. Le testicule détordu, la crainte de l'atrophie ultérieure ne doit pas pousser à faire une castration. D'abord on ne sait pas ce que sera cette atrophie, ensuite ce testicule scléreux continuera néanmoins à jouer en quelque sorte un rôle moral. L'état apoplectique du testicule ne constitue pas en principe une contre-indication à la conservation. On l'irriguera au serum chaud absolument comme s'il s'agissait d'une anse intestinale étranglée. Enfin si après une orchidotomie exploratrice on peut raisonnablement conserver le testicule on n'hésitera jamais à le faire. Et , si c'est nécessaire, une

castration secondaire sera toujours possible. Le testicule une fois remis en place, il faut le fixer afin d'éviter toute récidive. La fixation au catgut est insuffisante, il faut faire un retournement ou une résection de la vaginale ce qui traite utilement la vaginalite qui accompagne toujours le volvulus.

Dans les cas vus très tardivement ou qui ont évolué rapidement il n'est pas rare de trouver un testicule complètement nécrosé, livide, parfois déjà gangréneux. La détorsion ne peut être maintenue. La castration d'emblée s'impose. Le testicule est perdu et sa conservation déterminerait des accidents septiques.

OBSERVATION I INEDITE

DUE A L'OBLIGEANCE DU Pr CHEVASSU

Un jeune homme de 17 ans; J. S..., est adressé au pavillon Albarran, le 17 août, pour une « orchite avec adhérence aux téguments ».

On s'est assuré qu'il n'y avait pas de gonocoque uréthral et l'on craint une lésion tuberculeuse. Il y a trois semaines, le 17 juillet, sans avoir reçu de traumatisme ni avoir fait d'efforts appréciables; le malade ressentit une violente douleur au niveau du testicule droit. La douleur était si vive que le malade fut obligé de se coucher. Il constate que son testicule augmente de volume; applique des compresses chaudes sur le scrotum; s'endort et aurait constaté le lendemain que tout était rentré dans l'ordre.

Après cette alerte; le jeune homme voulant faire de la culture physique crut prudent d'appliquer un suspensoir de sport très serré; il le garde toute la nuit et constate le lendemain matin que le testicule avait grossi et était de nouveau douloureux. Pendant quinze jours, il est resté au lit appliquant sur le scrotum des produits divers. Il se décida à consulter en voyant que tarde vraiment la guérison de son orchite.

En interrogeant le patient, on apprend qu'à l'âge de 10 ans il a déjà fait un accident de tous points semblables. Après deux heures de pansements humides chauds tout était rentré dans l'ordre.

Pas de blennorrhagie antérieure ni actuelle.

Examen du docteur Chevassu le 2 août 1931.

Dans le scrotum droit on constate qu'il existe une masse dont les dimensions sont au moins le double de celles du testicule normal. Cette masse a une surface assez régulière; elle adhère légèrement au scrotum sur sa face antérieure; sa consistance est élastique; toute sensibilité testiculaire a disparu. Au pôle supérieur s'implante un cordon d'aspect normal; mais légèrement douloureux. On ne perçoit pas nettement la tête de l'épididyme. Le testicule gauche est normal; le toucher rectal ne décèle rien d'anormal. Les urines sont limpides. Lorsqu'on examine le malade debout, on constate une masse intra-scrotale droite et rétractée vers le canal inguinal.

L'azotémie est de 0 gr. 28. Le système circulatoire et respiratoire ne décèle rien d'anormal. Les réflexes sont normaux. Le temps de saignement et de coagulation également.

M. Chevassu porte nettement le diagnoctic de coque vaginale dissimulant une torsion du cordon et du testicule à son intérieur.

Il opère le malade le lendemain, 12 août, sous anesthésie locale. Anesthésie funiculaire à laquelle on ajoute une infiltration de la zone adhérente à la face antérieure du scrotum. Le contenu scrotal extériorisé se présente sous forme d'une masse ovoïde à la surface de laquelle on ne voit aucun détail et en particulier pas d'épididyme. On incise plan par plan la face antérieure. Après traversée d'une coque blanc jaunâtre de trois à quatre millimètres d'épaisseur, on tombe sur la cavité vaginale qui à ce niveau est libre et sans épanchement de liquide. A partir de ce repère, on poursuit l'ouverture de la partie libre de la cavité vaginale et l'on arrive assez vite sur une zone où les deux feuillets de la vaginale sont symphysés. La partie du testicule qui est visible sous la vaginale libre ne présente pas extérieurement d'aspect anormal. Incision sur l'albuginée. Elle n'est pas plus épaisse que d'habitude. Mais sous elle le testicule ne fait pas hernie. La section est prolongée dans le testicule et il se laisse couper non seulement sans faire hernie, mais sans

saigner. Les deux lèvres de l'incision testiculaire sont absolument exsangues. Afin de s'assurer que l'absence de saignement n'est pas due à la compression du cordon par la compresse qui l'enserre, selon la technique habituelle de M. Chevassu, on supprime toute compression du cordon. La parenchyme testiculaire reste absolument exangue.

Il s'agit donc d'un testicule dans lequel toute circulation est supprimée. Le diagnostic de torsion est de ce fait confirmé. Il s'agit de la forme dans laquelle la torsion a oblitéré non seulement les veines, ce qui provoque l'infractus, mais le système artériel, ce qui provoque la nécrose.

La castration de ce testicule mort est faite en le laissant dans sa coque, sans qu'on juge nécessaire d'aller contrôler pour l'instant la torsion du cordon.

Suture totale sans drainage. Spica double compressif. Les suites opératoires furent des plus simples, sans la moindre ascension de température. Les fils furent enlevés le septième jour, et le malade quitta l'hôpital le 21 août 1931.

EXAMEN DE LA PIECE

Lorsqu'on sépare la coque vaginale et péri-vaginale en décollant les deux feuillets de la vaginale, on arrive à mesure qu'on s'éloigne du peu de vaginale qui restait libre sur une zone de plus en plus difficile à décoller. Des lames fibrineuses collent intimement les deux feuillets de la vaginale. On poursuit néanmoins ce décollement au stylet en se guidant sur le point de pénétration du cordon dans la masse de manière à isoler progressivement tout ce qui n'est pas à priori le pédicule testiculaire. Et l'on arrive ainsi sur la zone de torsion, en le dégageant au stylet des couches fibrineuses qui l'enserraient.

Pour éviter une détorsion, on conserve une petite zone d'adhérences. La pièce ainsi présentée montre son pédicule tordu, très étroit, large de quatre à cinq millimètres, et

mesurant un peu plus entre la face profonde de la vaginale et le bord supérieur de l'implantation testiculaire. La détorsion n'ayant pas été effectuée, on n'a pas pu se rendre compte du degré exact de la torsion, ce qui est d'ailleurs sans intérêt. Le testicule sectionné est en totalité ce qu'il était apparu à l'intervention, c'est-à-dire transformé en pédicule absolument exangue.

OBSERVATION 2. PERARD ET ARVISET

(*in Journal d'urologie*, janvier 1928)

G..., 16 ans, entré le 6 juillet 1926, à Lariboisière pour une tuméfaction de la bourse gauche, survenue en 24 heures, 15 jours auparavant.

Le 19 juin, en s'asseyant, le sujet ressent une vive douleur dans la région inguino-scrotale gauche. Le malade s'alite. Dans la nuit la douleur augmente. Des vomissements répétés surviennent. Le lendemain le testicule présente le volume du poing, il augmente encore pendant trois jours, puis a tendance à dimineur progressivement.

A l'interrogatoire, le malade raconte qu'un an auparavant à l'occasion d'un traumatisme il ressentit une vive douleur d'un même côté. Cette douleur s'est accompagnée d'un gonflement qui n'a duré que 24 heures. Pas d'autres antécédents à signaler.

EXAMEN

La bourse gauche est très augmentée de volume. A la palpation on ne peut distinguer le testicule de l'épididyme. Cependant le canal déférent est intact. Le toucher rectal ne montre aucune lésion. On pose cependant le diagnostic de tuberculose épididymo-testiculaire.

OPERATION

(Pr Marion le 17 juillet 1926)

Incision scrotale; extériorisation de la masse épididymo-testiculaire. La vaginale est comblée par des adhérences molles facilement libérées au ciseaux. Le testicule et l'épididyme sont de couleur brune, presque noire. Immédiatement au-dessus, le cordon est tordu d'un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Le testicule et l'épididyme sont facilement luxés hors de la vaginale, car il n'y a ni gubernaculum ni méso. La torsion est facilement réduite, mais étant donné les lésions on pratique une castration. Suites normales.

OBSERVATION 3. B. JEHIEL

(*in Journal d'urologie,* avril 1931).

M. P..., âgé de 18 ans, se présente à la consultation des voies urinaires du service Civiale, le 17 avril 1930, à 11 heures du matin, où il est examiné par M. Pérard, assistant du service.

Le malade vient consulter parce qu'il a ressenti, à six heures du matin, une violente douleur au niveau de la bourse droite et de l'aine correspondante. La douleur était tellement intense qu'elle l'a contraint à s'aliter immédiatement.

Le malade a constaté, en même temps une augmentation de volume de la bourse droite.

Cette douleur s'est accompagnée d'un état nauséeux, suivi, une demi-heure après, de vomissements.

A son arrivée à l'hôpital, cinq heures après le début des accidents, la douleur persiste, intense.

L'examen montre une bourse droite augmentée de volume.

A la palpation on perçoit le testicule, qui est très douloureux. Au-dessus du testicule, on note l'existence d'une masse, du volume d'une prune, tendue, extrêmement douloureuse.

Le cordon a augmenté de volume, également très sensible.

La blennorragie est recherchée : le canal est absolument indemne.

Le toucher rectal ne décèle aucune lésion prostato-vésiculaire.

La température et le pouls sont normaux.

Cette crise n'a pas été la première : auparavant le malade avait eu deux crises d'intensité moindre, avec douleur brusque, gonflement de la bourse, et au bout de quatre ou cinq heures, retour à l'état normal.

En présence de ces accidents, à type d'orchite aiguë, ne s'accompagnant pas de blennorrhagie, ne rappelant guère les accidents inflammatoires tuberculeux ou à collibacille, le diagnostic de torsion du testicule est posé. Il se trouve confirmé par l'intervention qui est pratiquée immédiatement.

OPERATION

(MM. Pérard et Jehiel)

Incision scrotale et extériorisation de la masse épididymo-testiculaire. Le testicule est absolument libre dans la bourse, le ligament testiculo-scrotal fait défaut. A l'ouverture de la vaginale, s'écoule un peu de liquide d'hydrocèle.

La vaginale se réfléchit anormalement haut : à huit centimètres du pôle supérieur du testicule.

Le cordon présente, dans sa portion intra-vaginale, une torsion de 360 degrés autour de son axe.

Le testicule est brunâtre, couleur aubergine.

On pratique la détorsion de la masse, qui se fait sans aucune difficulté.

Après application du sérum chaud, la couleur s'atténue sans toutefois revenir complétement à la normale. Le testicule est réintégré en bonne position dans sa loge scrotale : il y est fixé par trois points de catgut.

Les suites opératoires ont été absolument simples.

Le malade a quitté le service, le 27 avril, complètement guéri, le testicule absolument normal.

OBSERVATION 4, G. NORA

Société des chirurgiens de Paris.

(Séance du 5 décembre 1930).

J. Sch..., 18 ans, consulte le 6 juin 1929, pour une tuméfaction douloureuse de la bourse gauche. Il a lui-même posé son diagnostic de torsion du testicule qu'il n'a pu réduire à temps.

En effet, depuis deux ans, il connaît son mal; il sait la douleur caractéristique de la torsion et son médecin lui a appris la manœuvre pour remettre l'organe en bonne position. Il a déjà fait une dizaine d'accidents de ce genre qui n'ont jamais eu de conséquence; il a pu jusqu'à présent éviter tout ennui.

Hier, une torsion s'étant produite, il n'a pu la réduire comme à l'ordinaire.

A l'examen, la bourse gauche est augmentée de volume, les téguments ne sont pas modifiés.

Au palper : un peu de liquide dans la vaginale, en tension molle qui ne gêne aucunement l'examen.

L'épididyme est antérieur, et flanque le testicule en avant. La tête est en bas. Il y a double inversion.

Le testicule est en arrière et en bas.

Le cordon est gros et infiltré, le déférent ne peut être reconnu dans sa masse.

Intervention, le 6 juin 1929, sous anesthésie générale.

Incision scrotale antérieure, isolement de la vaginale, ouverture de celle-ci : écoulement d'une petite quantité de liquide hématique.

Il est à remarquer qu'il n'y a ni gubernaculum ni meso vaginal.

Le cordon est tordu sur son axe; il a fait un tour complet; la torsion porte au point où les éléments vasculaires quittent le testicule.

L'épididyme est en avant du testicule, la tête est en bas.

Epididyme et testicule sont de couleur rouge lie de vin, la nécrose est évidente.

Une castration simple s'impose et est pratiquée.

Fermeture sur un petit drain.

Cicatrisation en 6 jours.

OBSERVATION 5. PROFESSEUR LEJARS.

(*In chirurgie d'urgence éd.* 1909, *p.* 707)

Un jeune homme de 26 ans : brusquement fut saisi d'une douleur poignante dans la région sous-ombilicale; il pâlit, s'affaisa presque et dut se coucher; la douleur irradiait dans la région inguinale et la moitié inférieure du ventre; l'angoisse était des plus grande; le patient (un médecin) se croyait atteint d'ileus ou d'étranglement herniaire; la bourse gauche était devenue, très vite, notablement plus grosse, comme tuméfiée, et ce gonflement se continuait le long du cordon jusqu'au-dessus de l'arcade; le testicule était à sa place et d'une sensibilité telle que toute exploration était presque impossible, il semblait un peu grossi. Dans la fosse iliaque, la paroi abdominale était tendue et en défense.

Le pouls était plein et à peine accéléré, la température normale.

L'accident dura peu; au bout de trois heures, tout avait cessé.

OBSERVATION 6. ROGER PETRIGNANI.

Annales d'anatomie pathologique.

(Séance du 6 Mars 1930)

M. (Albert) employé, 21 ans, vient consulter le 9 Novembre dans le service d'urologie de Saint-Louis, pour une orchite dont le début remonterait à 8 jours.

Il a vu tout d'abord un médecin qui lui a prescrit le port d'un suspensoir. Le lendemain, à l'hôpital Rothschild, on lui conseille le repos le plus absolu. Le quatrième jour, le testicule restant gros et douloureux, le malade va consulter à l'hôpital Saint-Joseph, où l'on porte le diagnostic d'orchi-épididymite. Faute de place, il n'est pas hospitalisé.

Bien que moins douloureux, le testicule grossissant toujours, le malade se rend à l'hôpital Saint Antoine, dans le Service du Professeur Lejars, où l'on diagnostique une épididymite tuberculeuse, sans toutefois l'hospitaliser. A ce moment la douleur est minime, simple gène à la marche. mais le testicule demeure gros et le scrotum rougit.

Nous le voyons alors au huitième jour.

Il souffre peu ou pas, a un bon faciès, une température à 37°5. La bourse est très volumineuse, le scrotum rouge, chaud, douloureux à la palpation, glissant mal sur la masse sous-jacente. Celle-ci est énorme, régulière, lisse, douloureuse, dure, opaque. On ne peut pincer ni la vaginale, ni l'épididyme. Léger œdème du cordon. Le déférent est normal. le testicule opposé sain, l'urèthre sec. Pas de blennorrhagie antérieure, toucher rectal négatif.

En présence d'une telle orchite à allure phlegmoneuse, nous avons porté le diagnostic d'atteinte tuberculeuse massive aigüe, et on décida de temporiser, relever les bourses, pommade au collargol.

On intervient le 20 Novembre, soit 19 jours après le début des accidents, après avoir prévenu le malade de la possibilité d'une castration.

Anesthésie générale. Incision inguinale droite. Le cordon est absolument normal. La masse épididymo-testiculaire est adhérente aux plans superficiels. On l'incise. Pas de liquide, et même accollement des deux feuillets qu'on libère à la sonde cannelée.

Cependant dans les culs de sac épididymo-testiculaires, on trouve du sang noirâtre et des caillots peu abondants. Le testicule est augmenté de volume, violacé surtout près de son bord postérieur. L'épididyme est énorme, presque aussi gros que le testicule. L'Hydatide de Morgagni turgescente et noire comme l'épididyme. Il existe des adhérences lâches qu'on libère entre épididyme et vaginale. On tombe alors immédiatement sur le cordon spermatique qui apparaît comme tordu. Il est court, peu volumineux, suspendant la masse qu'il aborde près de son pôle inférieur, et qui se trouve ainsi dans la cavité vaginale « comme le cœur dans le péricarde » suivant l'expression consacrée.

Le testicule étant en position normale, on essaie de le détordre. Cette manœuvre n'est possible qu'en partie.

On peut détordre de 180° alors que la torsion est de 360° (un tour complet dans le sens inverse des aiguilles d'une montre).

D'ailleurs abandonné à lui-même, le testicule revient aussitôt dans sa position primitive.

L'examen soigneux de l'épididyme montre un infarctus total et massif. Sur le testicule, au contraire, l'infarctus prédomine nettement au niveau du bord postérieur du corps d'Higmore et va en diminuant vers le bord libre.

On s'en assure en pratiquant une orchidotomie exploratrice.

Devant l'impossibilité de détordre complètement, et en raison de l'ancienneté des lésions, d'autant plus que l'albuginée présente çà et là des zônes brunâtres et grisâtres, dont l'asepsie paraît plus ou moins douteuse, on pratique la castration.

Suites opératoires parfaites. Le malade sort guéri huit jours après.

Un nouvel interrogatoire pratiqué le lendemain de l'intervention a reconstitué les modalités du début de l'affection que l'intéressé ne nous avait pas rapporté spontanément. C'est avec une extrême précision dans la nuit du 1er au 2 Novembre, que le malade peut fixer le début des accidents. C'est en se retournant dans son lit et en croisant les jambes en ciseaux que le jeune homme ressentit au testicule droit une douleur très vive. Cette douleur a duré environ quatre heures sans irradiations, en même temps que la bourse augmentait de volume, puis elle est allé progressivement en décroissant.

Examen dela pièce : Il existe un infarctus diffus avec prédominance nette sur l'épididyme. La nécrobiose est totale au niveau des tubes séminifères qui sont à peine reconnaissables.

OBSERVATION 7. CHARLES LAHAYVILLE

(*Marseille Méd..*, 15 février 1930)

Jules C..., 20 ans, entre à l'hôpital le 2 avril 1929.

La veille, en montant à bicyclette, il présenta une vive douleur au niveau de la bourse gauche, le malade a plusieurs vomissements; aussitôt la partie atteinte augmente de volume.

Il n'y a aucun antécédent blennorrhagique.

A l'examen, le lendemain, on note une augmentation de volume de la bourse gauche qui présente de la rougeur. La peau est lisse, rénitente, on ne distingue pas, par suite de la réaction inflammatoire, le testicule de l'épididyme.

La percussion, phénomène assez singulier, donne une sorte de choc en retour, comme si un organe déplacé et libre dans une cavité venait heurter par contrecoup la main qui palpe.

La température est à 38, les urines normales, l'état général pas atteint. Le diagnostic de volvulus est posé : Intervention immédiate.

La vaginale distendue par le liquide est ponctionnée au bistouri; la séreuse débridée, on a sous les yeux le testicule violacé suspendu librement par un pédicule de 1 cm. 1/2, tordu deux fois sur lui-même, et se perdant sur la partie supérieure de la séreuse qui l'entoure d'un feuillet viscéral. Après la détorsion on se rend compte qu'il s'agit de la malformation appartenant à la variété d'inversion verticale du type normal. Testicule et épididyme sont suspendus tête en bas, ce dernier organe étant antérieur.

Le pédicule vasculaire et le déférent sont formés et se poursuivent directement au niveau de la queue de l'épididyme. Les organes sont complètement libres *dans la vaginale,* comme le cœur dans le péricarde, suivant la comparaison classique, la vaginale ne se réfléchissant circulairement qu'au niveau du pédicule.

Ainsi l'appareil épididymo-testiculaire pendait librement dans la séreuse remplie de liquide, les déplacements provoqués ayant pour conséquence le choc en retour que nous avions perçu.

Sous l'effet de la reposition, le testicule se recolorant progressivement, on se décide à la conservation et à la fixation de l'organe.

Les suites opératoires furent troublées par l'apparition d'une petite collection an niveau de la partie inférieure de la cicatrice. Après incision, elle donna lieu à l'élimination de tubes testiculaires. La cicatrisation fut obtenue en une vingtaine de jours. Le malade revu un mois après paraît avoir conservé la plus grande partie de sa glande.

OBSERVATION 8. Pr CH. LENORMAND

(*Presse Médicale*, 20 avril 1929)

Un garçon de 17 ans, bien développé pour son âge et de parfaite santé apparente, entre à la Pitié, dans la soirée du 7 janvier 1929, pour des accidents aigus, d'allure inflammatoire au niveau de la région testiculaire droite.

Je l'examine le lendemain matin et je fais les constatations suivantes : La moitié droite du scrotum est le siège d'une tuméfaction évidente, la peau présente une coloration rouge vif, les plans superficiels sont fortement œdématiés. Cet œdème gène l'exploration des organes profonds, mais plus encore la douleur intense que provoque le moindre attouchement. Pourtant avec de la douceur et de la patience, je parviens à palper le contenu du scrotum et il me semble reconnaître, en avant, un épididyme très augmenté de volume et très dur; en arrière de lui et coiffé par lui, donc en position d'inversion, un testicule de consistance à peu près normale. En outre, la palpation révèle une douleur très vive tout le long du cordon, depuis l'orifice inguinal externe jusqu'à la racine des bourses. Du côté gauche, rien à signaler; testicules et épididyme ont leur situation, leur consistance, leur sensibilité et leur volume normaux. Malgré l'intensité de la douleur, l'état général est bon, la température à 37°6.

Interrogé sur le début de ces accidents, le malade raconte qu'il a ressenti pour la première fois, il y a une dizaine de

jours, une douleur brusque, très intense, localisée au testicule droit; mais cette douleur n'a duré que quelques minutes puis a complètement disparu et le malade n'y a pas attaché d'importance.

Le 5 janvier, les douleurs reparaissent; cette fois, elles irradient du scrotum au bas ventre et elles surviennent par crises paroxystiques assez violentes et assez rapprochées pour que le malade soit obligé de se coucher et de passer la journée dans son lit; mais il ne remarque aucun gonflement, aucune modification physique de la région douloureuse.

Le lendemain, au réveil, la douleur a disparu; le jeune homme se lève et vaque à ses occupations jusqu'à cinq heures du soir. A ce moment, reprise brusque et plus violente que jamais des phénomènes douloureux qui dès lors ne cesseront plus. Le malade rentre chez lui, se couche, et constate alors pour la première fois, la tuméfaction de la bourse droite.

Le 7 janvier, malgré le repos, douleur et tuméfaction n'ont fait que s'accroître et le malade s'est décidé à venir à l'hôpital.

En présence de phénomènes si bien localisés, ayant si nettement l'aspect d'une inflammation franche, de cette association classique de la tuméfaction, d'œdème, de la rougeur et de la douleur, la première idée qui venait à l'esprit était celle d'une orchi-épidimyte aiguë et avant tout d'une orchi-épididymite blennorhagique; on a le droit, à dix-sept ans, d'avoir une « chaudepisse tombée dans les bourses ». Mais notre malade niait énergiquement toute possibilité de contamination et son urèthre paraissait parfaitement sain. Par ailleurs, les causes d'orchite uréthrale non gonococciques sont trop exceptionnelles, surtout à cet âge, pour entrer en ligne de compte.

Pouvait-on penser à une forme aiguë, massive de tuberculose testiculaire, à la phtisie galopante du testicule de DUPLAY et RECLUS. Sans doute, mais la marche des

lésions est si rapide dans ces cas, d'ailleurs assez rares, que je n'en ai jamais vu où l'on ne pût déjà déceler l'existence d'un foyer de ramollissement et de suppuration. Et puis, l'état général excellent de notre malade, l'absence de toute autre manifestation tuberculeuse, actuelle ou ancienne, n'était guère en faveur de cette hypothèse.

C'est d'un autre côté que s'oriente mon diagnostic. Malgré l'apparence inflammatoire des phénomènes, je crus pouvoir les attribuer à une cause purement mécanique, une torsion du testicule. Trois faits me paraissent en faveur de ce diagnostic. Tout d'abord, la brusquerie du début et la violence des douleurs; dans une orchite si aiguë qu'elle soit, il y a une certaine progression dans le développement des symptômes; dans la torsion testiculaire, comme dans toutes les torsions d'organes, ils sont d'emblée au maximum d'intensité, et comme l'a dit très justement Lapointe, il n'est aucune autre affection du testicule où ils se déclarent avec une telle soudaineté et une telle brutalité.

En second lieu, le malade racontait qu'à deux reprises différentes, avant la crise actuelle survenue, le 6 janvier, à 5 heures du soir, il avait ressenti des douleurs subites et violentes dans le même testicule, douleurs très passagères la première fois, plus durables à la seconde atteinte. Or, de telles crises douloureuses prémonitoires correspondant à une torsion complète et définitive du testicule.

Enfin, et c'était là l'argument le plus solide en faveur de la torsion testiculaire, il m'avait bien paru, en explorant le scrotum, reconnaître une anomalie de position, une inversion, l'épididyme ayant passé au devant du testicule.

Le diagnostic de torsion était donc probable, sans qu'il fut possible de l'affirmer d'une manière absolue. Mais cette seule probabilité suffisait à imposer une opération immédiate, car au cas de torsion, seule une opération donne quelques chances de conserver la vitalité de l'organe.

J'intervins donc aussitôt, sous rachi-anesthésie et mon diagnostic se trouve confirmé. Les enveloppes superficielles

traversées, j'ouvris la vaginale qui renfermait un peu de liquide hématique. Le testicule et l'épididyme avaient subi une torsion d'un tour et demi, la torsion très serrée, portant sur la portion intravaginale du cordon, l'épididyme situé en avant du scrotum, était très volumineux et d'une coloration noire uniforme; le testicule, manifestement moins altéré, était cependant gros et parsemé de taches ecchymotiques. Malgré l'ancienneté relative de la torsion (40 heures environ) malgré l'aspect des lésions, il me parut légitime de tenter la conservation de l'organe; après détorsion, je réintégrai le testicule et l'épididyme dans le scrotum où je les fixai et renfermai complètement l'incision cutanée.

OBSERVATION 11. BOTREAU-ROUSSEL

(*Société de Chirurgie de Marseille*, séance du 4 décembre 1932.)

Le zouave, Victor J..., âgé de 21 ans, faisait la traversée d'Alger à Marseille, par un très gros temps et avait un fort mal de mer. Dans la nuit du 26 au 27 mars, au cours de violents efforts de vomissement, il ressentit brusquement une très vive douleur au testicule droit, comme s'il avait reçu un coup. Quelques heures après, la partie commence à enfler et la douleur est si vive qu'il ne peut dormir. Le lendemain, la douleur persiste, l'empêche de se lever; dans l'après-midi, le gonflement ne cesse d'augenter, la fièvre apparaît et il sent des battements dans le testicule.

Il entre dans mon service, à l'hôpital Michel-Lévy, le 28 mars, dans la soirée, et je le vois le lendemain matin.

Le malade a de la fièvre : 38°5. Le scrotum du côté droit est augmenté de volume, il est rouge œdématié. La palpation est difficile tant à cause de la douleur qu'elle provoque qu'à cause de la présence de liquide dans la vaginale empêchant de sentir nettement le testicule et l'épididyme qu'on ne peut différencier. Le cordon est gros et douloureux à la palpation. Le toucher rectal montre les deux vésicules séminales peut-être un peu plus grosses que normalement surtout à droite. On pense d'abord à une orchite aiguë blennorrhagique, mais outre que le malade nie tout antécédent vénérien, on ne constate pas d'écoulement uréthral, la pression, tout le long du canal, ne ramène rien au méat, et

l'épreuve des trois verres est également négative. Sujet robuste ne présentant absolument rien par ailleurs.

Le diagnostic reste en suspens entre une torsion du testicule et une torsion d'une déformation embryonnaire voisine et l'on intervient le matin même sous rachi-anesthésie. Les tuniques du scrotum sont infiltrées. Sitôt la vaginale incisée il s'écoule environ 60 grammes de liquide séreux, fortement teinté de sang, dont on prélève une partie pour examen ultérieur. A la partie inférieure de la vaginale se trouve un caillot hématique. Il n'y a pas de torsion du testicule. L'hydatide de Morgagni est normale, il en est de même pour le reste du testicule un peu rouge-rosé. On ne trouve aucune formation embryonnaire anormale, mais l'épididyme présente à son pôle supérieur une ecchymose large comme une pièce de cinquante centimes particulièrement marquée sur son versant externe. Tout l'épididyme est fortement augmenté de volume, le cordon est infiltré, le déférent lui-même paraît un peu gros. On se content d'enlever le caillot et l'on termine l'intervention par un retournement de la vaginale et une suture totale.

Les suites sont excellentes. Les douleurs ont disparu immédiatement après l'opération et n'ont plus reparu. La fièvre est définitivement tombée le lendemain matin. Le toucher rectal, pratiqué quelques jours plus tard, ne montrait rien d'anormal, et quand ce jeune homme a quitté l'hôpital, le 13 avril 1929, soit seize jours après l'intervention, le testicule et l'épididyme droit n'étaient pas sensiblement plus gros qu'à gauche.

Le liquide prélevé à l'intervention s'est montré amicrobien tant à l'examen direct qu'à l'ensemencement. Le culot de centrifugation était excluisvement sanguin et ne présentait pas une polynucléose anormale. L'examen histologique du caillot a confirmé qu'il ne s'agissait que d'un caillot sanguin organisé.

OBSERVATION 9. M. E. TRUC ET J. HERAN

(*Montpellier Med.*, 15 septembre 1931.)

Les auteurs rapportent l'observation de deux torsions, par pédiculisation anormale du testicule.

Les deux malades ont été vus seulement quatre jours après le début de l'affection.

Dans le premier cas, le sujet qui avait présenté auparavant deux crises de subtorsion, avec résolution spontanée, a dû subir la castration droite. La torsion était de trois tours complets. Quatorze jours après l'intervention, le testicule gauche a présenté une subtorsion nette avec apparition d'une légère lame d'hydrocèle.

Dans le deuxième cas, la détorsion s'est faite spontanément, le testicule a été conservé, un noyau de sclérose est apparu vingt jours après sur la tête de l'épididyme.

OBSERVATION 10. H. BLANC

(*Bordeaux Chirurgical*, avril 1931.)

René L..., 15 ans, entre à l'hôpital du Tondu, dans le service des voies urinaires, le 11 juin 1930. Il est envoyé par son médecin parce que sa bourse gauche est augmenté de volume et douloureuse.

Le début de la maladie remonte au 30 mai, treize jours auparavant par conséquent. En parfaite santé, le malade était à l'école, ce matin-là, lorsque pendant la classe, entre huit et neuf heures, il ressent brusquement des coliques violentes, très douloureuses, en même temps qu'une douleur aiguë au niveau du testicule gauche. Il demande à sortir et s'aperçoit alors que sa bourse est rouge et augmentée de volume. Il rentre chez lui à midi : les douleurs sont aussi violentes et la bourse devient de plus en plus grosse. Il reste couché toute la journée mais retourne à l'école le lendemain. Puis il se remet au lit et les choses ne s'arrangeant pas, fait appeler le médecin le quatrième jour. Un traitement antiphlogistique est prescrit, mais l'état de l'enfant ne s'améliorant toujours pas le Dr Traissac envoie son malade à la consultation de l'hôpital Saint-André où nous l'examinons, et d'où nous l'expédions d'urgence à l'hôpital du Tondu pour intervention. Mais le malade ne s'y rend pas, pour une cause quelconque, et nous ne pensons plus à lui lorsqu'il arrive, dans le service, le 11 juin, c'est-à-dire treize jours après le début de sa maladie. L'enfant est pâle, paraît fatigué, il n'a pas de température. La bourse gauche est rouge, augmentée de volume de la grosseur d'un

abricot. Cependant il n'y a pas de modifications notables depuis notre premier examen à l'hôpital. La tuméfaction n'est pas chaude et la palpation un peu douloureuse. La peau est libre, on la pince facilement. On a la sensation d'une tumeur élastique un peu fluctuante. On ne sent pas l'épididyme, le cordon est absolument normal. Rien au niveau de l'appareil épididymo-testiculaires droit, rien au toucher rectal, l'urèthre enfin est normal. L'examen des autres appareils est négatif et il n'y a rien à signaler dans les antécédents. Lors de notre premier examen, huit jours auparavant, nous avions fait le diagnostic de torsion du testicule qui s'imposait. Mais à notre second examen, en raison de l'évolution de la lésion, nous pensâmes qu'il devait s'agir plutôt d'un torsion de l'hydatide de Morgagni. nous intervenons le 13 juin, au quinzième jour, avec ce dernier diagnostic.

Incision scrotale, ouverture de la vaginale qui est très épaissie. On trouve une hydatite noirâtre, qui est enlevée et un testicule tordu de deux tours, sur son pédicule, dans le sens des aiguilles d'une montre. On constate un hématome de l'épididyme et de la portion sus épididymaire du cordon. Détorsion du testicule, résection de la vaginale. On remarque alors que le testicule est inversé et après détorsion la tête de l'épididyme se trouve en bas. On ne peut donc remettre le testicule dans une situation normale sans provoquer une nouvelle torsion. La glande ne semblait pas altérée, sa consistance étant à peu près normale, les battements artériels étant perçus au-dessous du niveau de la stricture et les lésions paraissant avoir porté surtout sur l'épididyme, nous décidons la conservation. Hémostase soigneuse. Remise en place du testicule. Suites opératoires normales et cicatrisation rapide.

Le malade quitte l'hôpital, guéri. le 24 juin. Nous le revoyons, par la suite, tous les quinze jours : La restitution *ad integrum* paraît complète.

CONCLUSIONS

1° Les torsions intravaginales du testicule sont loin d'être rares chez l'adulte, et si l'on opérait systématiquement toutes les orchites de cause inconnue, elles seraient selon toute vraisemblance plus fréquentes encore. Elles ne sont pas forcément le fait de sujets cryptorchiques, mais elles ne peuvent se produire qu'en cas de prédispositions anatomiques cliniquement impossibles à mettre en évidence chez la majorité des malades.

2° La torsion du testicule se présente sous des tableaux cliniques variables. La forme suraigue est classique et bien connue. Il convient plutôt d'attirer l'attention sur les formes subaigues. Ces formes peuvent tout simuler, elles sont extrêmement difficiles à reconnaître précocement si, en présence d'un syndrome testiculaire atypique, on ne pense systématiquement à la torsion du cordon. Les formes subaigues réalisent tout aussi bien que les précédentes, et aussi rapidement la destruction du testicule soit par infarctus (oblitération

des veines seulement) soit par ischiemie (oblitération des veines et des artères).

3° La forme récidivante se révèle aussi comme particulièrement frustre. Certes, c'est une forme bénigne en elle-même, mais elle n'en est pas moins chirurgicale à seule fin d'éviter un accident ultérieur plus grave.

4° Dans tous les cas où l'on pense au diagnostic de torsion du cordon, il ne faut pas hésiter à être interventionniste. C'est là la seule chance de sauver le testicule s'il en est encore temps.

Vu : *Le Président,*
LEEJARS.

Vu le Doyen :
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
L. CHARLETY.